Erlangen 1938

Aus der Medizinischen Poliklinik der Universität Erlangen
(Geh. Rat Prof. Dr. Jamin).

Die Hypophysäre Kachexie (Simmonds)
in Beziehung zum
Status asthenicus.

Inaugural-Dissertation
zur Erlangung der Doktorwürde
der Hohen Medizinischen Fakultät
der Friedrich-Alexander-Universität
Erlangen

vorgelegt von
Wolfgang Ungethüm
aus Aue i. Sa.

Tag der mündlichen Prüfung: 12. 12. 1938.

1938
Buchdruckerei Karl Döres, Erlangen, Jägerstraße 3.

1939 №66

Referent: Geh. Rat Prof. Dr. Jamin.

Dekan: Prof. Dr. Greving.

Meinen lieben Eltern
in Dankbarkeit gewidmet!

Inhaltsverzeichnis:

1. Einführung mit Bemerkungen
a) über Klinik und Pathologie der Hypophysären Kachexie . . .
b) über den Status asthenicus im allgemeinen 5

2. Beziehung zwischen der Hypophysären Kachexie und unklaren Asthenien 7

3. Beziehungen zwischen Hypophysärer Kachexie und Asthenien im Kindesalter bei congenitaler Lues 24

4. Beziehungen zwischen Hypophysärer Kachexie und essentieller Hypotension 28

5. Zusammenfassung und Schluß 32

Anmerkung: Fettgedrucktes und Sperrungen im Text stammen ausnahmslos vom Verfasser!

Teil I.

Einführung mit Bemerkungen

a) über Klinik und Pathologie der Hypophysären Kachexie,

b) über den Status asthenicus im allgemeinen.

Als Einführung in das zur Debatte stehende Thema sei es mir gestattet, zuerst ein paar Worte über Pathologie und Klinik der Hypophysären Kachexie und daran anschließend Einiges über den Status asthenicus zu sagen.

Die Hypophysäre oder Simmonds'sche Kachexie beruht auf einer fortschreitenden Atrophie des Hypophysenvorderlappens. Damit geht synchron eine Atrophie noch einiger anderer endokriner Drüsen.

Der Hypophysenvorderlappen hat ein förderndes Prinzip auf viele endokrine Drüsen, das ihn diesen Drüsen übergeordnet erscheinen läßt. Aber auch umgekehrt haben diese Drüsen wieder hormonalen Einfluß auf die Hypophyse.

Der Tierversuch klärte die Wechselbeziehungen wie folgt auf: Nach Hypophysenvorderlappenentfernung atrophierte die Schilddrüse, ebenso atrophierten die Keimdrüsen und die Nebennierenrinde. Man sieht also, daß die genannten Drüsen der Hypophyse untergeordnet sind. Nach Keimdrüsenentfernung bei Tieren hypertrophierte der Hypophysenvorderlappen. Ebenso vergrößerte sich die Hypophyse bei Schilddrüsenentfernung.

Wahrscheinlich ist nun, daß eine hypertrophierte Hypophyse auch eine entsprechend vermehrte Hormonmenge secerniert. Teleologisch gesehen möchte sie gewissermaßen die nicht mehr secernierende (weil nicht vorhandene) Keimdrüse durch vermehrte eigene Hormonsecretion zur Tätigkeit anspornen.

Entsprechend diesen Tierversuchen findet man bei der Sektion einer Simmonds'schen Kachexie neben einem krankhaften Prozeß in der Hypophyse einer Verödung der beteiligten innersekretorischen Systeme. Diese fast allgemeine Beteiligung der Blutdrüsen hat der Krankheit auch noch verschiedene andere Namen eingetragen.

Der Hypophysenvorderlappen kann durch die verschiedensten krankhaften Prozesse ausgeschaltet werden. Von Seiten der Pathologen ist bisher folgendes gefunden worden:

1. Embolische Prozesse mit anschließender Nekrose des Vorderlappens (Simmonds).
2. Lues III (Reye, Feit, Büchler, Graubner).
3. Tumoren (Simmonds).
4. Carcinom (Budde, Frankfurter Zeitschr. f. Pathologie 1921).
5. Durch Gravidität bedingte übermäßige Beanspruchung und damit Erschöpfung der Hypophyse (Maresch, Verhandl. d. patholog. Gesellschaft 1914, S. 212).
6. Cystenbildung (Schellong).
7. Tuberkulose (Schlagenhaufer, Virch. Archiv f. Pathol. 1916).
8. Ein wohl seltener Fall von Plattenepithelcystopapillom (Höntinger u. Stricker, Frankf. Zeitschr. f. Pathologie 1923).

Das klinische Bild der Hypophysären Kachexie ist durch die Beteiligung vieler endokriner Drüsen entsprechend vielseitig. Der Ausfall der Keimdrüsen bedingt den Ausfall der Achsel- und Schamhaare, das Schwinden der Menses und der Libido.

Der Schwund der Nebennierenrinde hat Hypotonie und Adynamie zur Folge.

Die Atrophie der Thyreoidea bedingt die Kachexie, die geistige Stumpfheit und den herabgesetzten Grundumsatz.

Der Zahnausfall ist wohl auf die Beteiligung der Epithelkörperchen zurückzuführen.

Der **Status asthenicus** oder kurz die Asthenie ist kein selbständiges Krankheitsbild, sondern nur ein Symptomenbild, das bei vielen Erkrankungen in Erscheinung tritt. Im Vordergrund stehen, neben zahlreichen anderen Begleitsymptomen, eine Minderleistung aller Organe, eine Psychasthenie, eine Bindegewebsschwäche und eine allgemeine Muskelschwäche.

Synoptisch handelt es sich aber um eine Verminderung jeglicher Leistung. Hauptsächlich finden wir die Asthenie außer bei der H. K. noch bei einer anderen endokrinen Störung, nämlich beim Morbus Addison, mit dem die Hypophysäre Kachexie auch noch einiges Andere gemeinsam hat. Dies ist Hypotension und die Beteiligung der Nebennierenrinde. Ich glaube nicht fehlzugehen, wenn ich die Asthenie bei beiden Krankheiten auf die **durch die Hypotonie** bedingte Kreislaufinsuffizienz zurückführe. Zumal man auch bei der später noch zu besprechenden sogenannten essentiellen Hypotonie eine Asthenie findet.

Teil II.

Beziehungen zwischen der Hypophysären Kachexie und unklaren Asthenien.

Bei der Hypophysären Kachexie kommt es also unter fortschreitender Verminderung der Hormonsekretion des Vorderlappens schließlich zum Stillstand der Hormonbildung überhaupt, wenn dem nicht schon vorher die fortgeschrittene Kachexie durch den Exitus letalis ein Ziel gesetzt hat.

Wegen der erst jungen Geschichte der Hypophysären Kachexie und des damit verbundenen geringen Wissens über das Symptomenbild bestand lange Zeit nur die Möglichkeit, die Simmonds'sche Krankheit erst in ihrem Endstadium, in der Kachexie, überhaupt zu diagnostizieren. Anfänglich hielt man die Kachexie für das charakteristischste Merkmal schlechthin, was ja schon der Name Hypophysäre oder Simmonds'sche **Kachexie** bezeugt. Aber die schon in vergangenen Jahren aufgetauchten Vorschläge, diese Simmonds'sche Kachexie doch lieber Simmonds'sche Krankheit zu nennen, zeigen, daß man mehr über die eigenartige Vorgeschichte der eigentlichen Kachexie wußte. Es ist nun in der Tat heute gelungen, eine Anzahl Fälle von beginnender Hypophysärer Kachexie zu diagnostizieren und zu heilen und somit die Diagnose ex juvantibus zu sichern.

Ich bringe nun zunächst drei in Anamnese und Befund ganz ausgezeichnet durchgearbeitete Fälle dieser beginnenden Simmondsschen Krankheit. Diese Fälle stammen von dem heute wohl besten Kenner des klinischen Bildes dieser Krankheit, von Dr. Reye.

Fall I.

(Aus Münchner Medizin. Wochenschr. 1926, S. 903: Das klinische Bild d. Simmonds'schen Krankheit in ihrem Anfangsstadium. Von Dr. Reye.)

Frau G., die jetzt (1925) 54jährige Kranke, heiratete mit 21 Jahren, machte innerhalb von 7 Jahren 6 Partus durch. Bei

den letzten 3 Entbindungen mußte die Placenta manuell gelöst werden. Dabei hatte die Kranke jedesmal außerordentlich starke Blutverluste. Bei der letzten Geburt gesellte sich eine Abnahme der geistigen Fähigkeiten, sie verlor das Interesse an familiären, häuslichen und anderen sie nahe berührenden Dingen, wurde vergeßlich, hatte absolut keine Initiative, war nicht mehr imstande, ein Buch mit Ausdauer und Verständnis zu lesen, konnte in der Unterhaltung nicht folgen.

In diesem Zustand blieb die Kranke etwa 10 Jahre, bis ich sie 1918 einer spezifischen Organbehandlung unterzog.

Status: Anfang des Jahres 1918:

Mittelgroße, 52 kg schwere Frau von greisenhaftem Aussehen. Mit stumpfem, müdem Gesichtsausdruck. Haut außerordentlich blaß, gelblich weiß, trocken und welk. Viele Falten im Gesicht. Keine Oedeme. Hände und Füße zierlich. Sichtbare Schleimhäute blaß, frei von Pigmentflecken. Augenbrauen fehlen, nur spärliche Wimpern an den Unterlidern. Pupillen mittelweit, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Keine Augenmuskellähmungen, kein Nystagmus. Augenhintergrund blaß, frei von Blutungen. Papille normal. Keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Gehör, Geruch und Geschmack gut. Facialis, Trigeminus ohne Befund. Gebiß sehr defekt; nur am Unterkiefer sind die Schneide- und Eckzähne leidlich erhalten. Zunge nicht vergrößert. Rachen o. B. Stimme normal. Hals dünn, Schilddrüse klein, aber deutlich palpabel. Thorax normal gebaut. Achselhaare fehlen. Mammae atrophisch. Lungen o. B. Herz in normalen Grenzen, sehr leise Töne. Puls regelmäßig, nicht beschleunigt, weich. Systolischer Blutdruck 85 mm Hg. Abdomen weich, schlaff. Leber nicht vergrößert. Milz nicht palpabel. Die Schamhaare fehlen völlig. Aeußere Genitalien atrophisch. Scheide eng, starrwandig. Uterus sehr klein und hart. Ovarien ebenfalls klein. Extremitäten o. B., keinerlei Behaarung, keine Reflexanomalien, keine Lähmungen, keine Sensibilitätsstörungen. Der Gang ist etwas unsicher. Alle Bewegungen werden langsam und mühselig ausgeführt. Die Sprache ist langsam und monoton. Die Kranke macht einen schwer besinnlichen Eindruck, zeigt wenig Interesse und großes Schlafbedürfnis. Der Urin bietet nichts besonderes. Keine Polyurie. Im Stuhl weder Blut noch Wurmeier. Die Blutuntersuchung ergab eine negative Wassermann'sche Reaktion. Haemoglobingehalt 65%; 3,9 Mill. Erythrozyten; 7900 Leukozyten, davon 6% Eosinophile bei sonst normalem mikroskop. Blutbild. Periphere Knochen- und Schädelbasis röntgenologisch o. B.

Nach diesem Befund glaube ich (= Dr. Reye) mich berechtigt, die Diagnose Hypophysäre Kachexie im Anfangsstadium zu stellen.

Fall II.

(Aus Deutsche Medizin. Wochenschr. 1928, S. 696: Die ersten klinischen Symptome bei Schwund des Hypophysen-Vorderlappens und ihre erfolgreiche Behandlung. Von Dr. Reye.)

Frau E. B., 35 Jahre. Aufgenommen am 29. August 1927.

Anamnese: Aus gesunder Familie. Seit dem 20. Jahr „epileptische" Anfälle, die sich in den nächsten Jahren oft wiederholten, gelegentlich sogar gehäuft auftraten, aber nach der ersten Geburt, die Patientin durchmachte, dauernd fortblieben. Menses mit siebzehn Jahren, stets regelmäßig, aber mit viel Schmerzen. 1919 (mit 27 Jahren) geheiratet.

November 1920 erster Partus: Zwillinge im achten Monat. Ein Kind unter Krämpfen gestorben, das andere völlig gesund. Nach der Geburt, als die Hebamme schon fort war, sehr starke Blutungen, sodaß „ich schon ganz von Besinnung war", dann weiter günstiger Verlauf des Wochenbettes. Menses setzte nach 6 bis 8 Wochen wieder ein und traten in der Folgezeit regelmäßig auf.

Juni 1925 zweiter Partus: Großes Kind (4700 g). Sehr schwere Entbindung. „Der Kopf wollte nicht heraus." „Die Nachgeburt mußte mit der Hand geholt werden." Normales, fieberloses Wochenbett. Am 12. Tage ging Patientin aus dem Wöchnerinnenheim nach Hause. Nach weiteren 14 Tagen während des Stillens plötzlich „ganz furchtbarer Blutverlust". „Mir wurde plötzlich so schlecht und schwarz vor den Augen und da goß das Blut auch schon so." Das starke Bluten hörte auch auf, aber eine geringe Blutung dauerte fort, sodaß Patientin nach einigen Tagen ausgekratzt werden mußte. Sie war durch die Blutung so schwach geworden, daß sie im ganzen etwa 4 Wochen das Bett hüten mußte. Seitdem hat Patientin sich nicht wieder erholt. Die Menses sind nicht wieder aufgetreten. Patientin wurde erheblich stärker, sodaß ein sehr erfahrener Arzt, als er sie zuerst sah, ohne weiteres fragte, in welchem Monat sie denn schwanger sei. Auch ein zweiter angesehener Gynaekologe glaubte zunächst, es käme eine Schwangerschaft in Frage, konnte dann aber auf Grund des gynaekologischen Befundes eine Gravidität ausschließen, wußte aber für die Kranke keinen Rat. Die Patientin wurde nun im Laufe der Zeit immer stumpfer. Ihr sexuelles Empfinden war völlig erloschen. Sie fror stets. Die früher so tätige und lebensfrohe Patientin saß meist untätig im Hause herum. „Schlafen kann ich von morgens bis abends." „Gehen mag ich garnicht mehr." „Zu nichts habe ich mehr Lust." „Sogar die Kinder sind mir zuviel." Oft hatte sie ein „komisches" Gefühl im Leib, sehr häufig Erbrechen und Brechreiz und heftige Kopfschmerzen. Ausfall der

Haare und Zähne sind Patientin nicht aufgefallen. Die Zähne seien immer schlecht gewesen. Die Hautfarbe habe sich sehr verändert. Von Syphilis und Tuberkulose ist nichts bekannt.

Status (vom 29. August 1927):

1,58 m große, 86,4 kg schwere Frau. Haut und Schleimhäute blaß. Kopfhaare normal. Augenbrauen, Achselhaare wenig reichlich. Schamhaare normal. Linke Mamma erheblich stärker als die rechte. Völlig klar und geordnet, wenig lebhaft, unlustig, gedrückte Stimmung. Sprache o. B. In den Bewegungen etwas schwerfällig und langsam. Pupillenform und Reaktion normal. Keine Veränderung am Augenhintergrund. Keine Gesichtsfeldeinschränkung. Nase, Ohren o. B. Gebiß ziemlich defekt. Brustorgane o. B. Bauchdecken sehr fettreich, ebenso Lendengegend und Oberschenkel. Bauchorgane o. B. Urin o. B. Keine Polyurie, keine Polydipsie. Im Stuhl keine Wurmeier. Uterus sehr klein und hart. Reflexe ohne Befund. Keine Motilitäts- und Sensibilitätsstörungen.

Blutbild: 98% Haemoglobien. 4,1 Mill. Erythrozyten, 10 000 Leukozyten, Eosinophile 4%, Segmentkernige 76%, Lymphozyten 14%, Mononukleäre 6%.

30. 8.: WaR. negativ. Blutdruck 115/72 mm Hg.

Blutzucker 0,14%. Rest-N. 0,034%.

Am 1. 9. 27 Gaswechselversuch: Grundumsatz normal. Auch die spezifisch-dynamische Eiweißwirkung zeigt keine Abweichung.

Röntgenbild der Sella turcica normal. Wasser- und Konzentrationsversuch normal. Körpertemperatur normal.

Auf Grund der Anamnese und des wenn auch in körperlichen Symptomen nur gering ausgeprägten klinischen Befundes stelle ich (= Dr. Reye) die Diagnose: Simmonds'sche Krankheit im Initialstadium.

Dr. Reye's Diagnose wurde durch den therapeutischen Erfolg mit Praephyson vollauf bestätigt.

Fall III.

(Aus Münchner Medizin. Wochenschr. 1926, S. 903: Das klinische Bild der Simmonds'schen Krankheit in ihrem Anfangsstadium. Von Dr. Reye.)

Frau J., 35 Jahre alt. Aufgenommen am 11. 8. 1924. Früher stets gesund. Seit 1909 verheiratet. Mann gesund. 1909 erster Partus, 1911 zweiter Partus. 1912 und 1913 Abortus im dritten Monat (artifiziellen ?). 1914 dritter Partus. 1916 im Mai vierter Partus mit starkem Blutverlust. Fieberfreie Wochenbetten. Kinder gesund. Nach dem letzten Partus 1916, im 28. Lebensjahr, traten die Menses nur noch ganz schwach und nur noch zwei- oder

dreimal auf, um nach fünf Monaten ganz wegzubleiben. Die Kranke glaubte, zumal sie erheblich stärker wurde, sie sei wieder gravid. Sie ging nach vier Monaten zur Untersuchung zu einer Hebamme, die ebenfalls eine Schwangerschaft annahm und ihr das damals für Schwangere übliche Milchattest verschrieb. Da die Kranke gar keine Kindsbewegungen fühlte, ließ sie sich nach weiteren vier Monaten von einem Arzt untersuchen, der zu ihrer Ueberraschung feststellte, daß gar keine Schwangerschaft vorläge. In der nächsten Zeit verschlechterte sich der Gesundheitszustand der Kranken. Sie wurde phlegmatischer, langsamer, gleichgültiger, zeigte weniger Interesse für Haushalt und Familie. Das Denken fiel ihr schwer. Die Libido sexualis verlor sie völlig.

Allmählich fielen die Augenbrauen aus, die Achsel- und Schamhaare. Viele Zähne wurden kariös, sodaß sie damals viel beim Zahnarzt war, während sie früher nie mit ihren Zähnen etwas zu tun hatte. Der Arzt glaubte, es handle sich um eine Kriegserscheinung. Seitdem hat sich der Zustand immer mehr verschlechtert. Kein Arzt wußte mit dem Zustand etwas anzufangen. Besonders im Winter fühlte sich die Kranke matt und kraftlos. Sie konnte unendlich viel schlafen, fror immer, schwitzte nie. Das Sprechen fiel ihr schwer, es kam ihr selbst so vor, als ob sie oft wie eine Betrunkene lalle. Niemals Kopfschmerzen. Kein besonders starkes Durstgefühl. Keine vermehrte Urinausscheidung. Nach Angabe des Ehemanns ist die Kranke zu keiner Tätigkeit fähig, sie liegt oder sitzt untätig herum, zeigt keinerlei Initiative, während sie früher eine interessierte, regsame und umsichtige Frau gewesen sein soll.

Status: Am 11. 8. 1924.

Kräftig gebaute, 1,66 m große Frau mit mäßig reichem Fettpolster. Gewicht 67,5 kg. Blasses Aussehen. Gedunsenes Gesicht. Keine Oedeme. Kopfhaare reichlich. Augenbrauen fehlen. Die Haut ist sehr trocken, etwas glänzend, an manchen Stellen ganz fein schuppend. Die Mimik ist sehr gering. Im Sprechen und Bewegen ist die Kranke äußerst langsam und schwerfällig. In psychischer Hinsicht macht sie einen sehr stumpfen, phlegmatischen Eindruck. Augenbefund normal, insbesondere keine Einengung des Gesichtsfeldes. Gebiß äußerst defekt. Am Hals und in der Schultergegend keine besondere Anschwellung. Keine Vergrößerung der Schilddrüse. Achselhaare fehlen völlig. Brustdrüsengewebe spärlich. Herz und Lunge o. B. Blutdruck niedrig: 92/70 mm Hg. Bauchorgane o. B. Reflexe normalerweise auslösbar. Keine Sensibilitätsstörungen, keine Paresen. Die Schamhaare fehlen völlig. Die äußeren Genitalien sind atrophisch. Vagina eng. Uterus und

Ovarien sehr klein, hart.

Blutstatus: Haemoglobin 75%, Erythrozyten 4,2 Mill., Leukozyten 7600, Eosinophilie von 12%, sonst normalis Blutbild. Im Stuhl keine Wurmeier. Röntgenbild des Schädelbasis normal. Gaswechselbestimmung ergibt eine Verminderung des Grundumsatzes von 34,7%. Der Wasser- und Konzentrationsversuch zeigt starke Verminderung der Ausscheidung bei normaler Konzentration. Die Blutuntersuchung nach Abderhalden ergibt nichts Bemerkenswertes. Wassermann negativ.

Therapie mit Praephyson erfolgreich.

Diese drei Fälle sind, wie schon berichtet, die drei am besten und einheitlichsten herausgearbeiteten Fälle, die überhaupt in der Literatur zu finden sind. Bei Zweifelsfällen ist daher wohl das Zeugnis dieser Fälle das gewichtigere.

Reye selbst stellte einmal das sich aus Anamnese und Befund ergebende Symptomenbild der initialen Hypophysären Kachexie folgendermaßen zusammen:

Ausbleiben der Menses. Erlöschen der Libido. Fettansatz. Zunehmende körperliche Schwäche und geistige Schwerfälligkeit. Blaßwerden der Haut. Ausfallen der Haare und Zähne. Untertemperatur. Frostgefühl. Magen-Darmstörungen. Eosinophilie. Niedriger Blutdruck. Herabgesetzter Grundumsatz. — Kachexie.

Im Zusammenhange dieser Arbeit am wichtigsten aber ist, daß die Asthenie das im Verlaufe der Krankengeschichte zu allererst manifeste Symptom ist. Neben die rein körperliche Asthenie tritt dann noch eine Art Asthenie der Psyche, die sich in geistiger Stumpfheit oder im Nachlassen des allgemeinen Interesses an der Umwelt oder in Depression oder in Mattigkeit oder in allgemeinem Phlegma oder schließlich in dauernder Schlafsucht manifestieren kann. Schellong nannte dies „Senkung des psychischen Energieniveaus". Mir scheint dies der umfassendste und beste Ausdruck dafür zu sein.

Auch bei den noch folgenden Fällen kann man als Initialsymptom der Hypophysären Kachexie immer und immer wieder den Status asthenicus nachweisen. Für ein Charakteristikum gerade der Asthenie auf hypophysärer Grundlage halte ich die die Asthenie begleitende „Senkung des psychischen Energieniveaus". Denn ein körperlicher Schwächezustand an sich bedingt noch nicht eine Abstumpfung der Psyche. Asthenie, gepaart mit psychischer Apathie, finden wir auch beim Morbus Addison, jedoch ist dabei diese psychische Apathie nicht so ausgebildet, daß man bei ihr auch von Senkung des psychischen Energieniveaus sprechen könnte. An den

Krankengeschichten Reye's ist aber weiterhin interessant, daß in zwei Fällen initial Adipositas neu aufgetreten ist, welche die Bezeichnung der ganzen Krankheit als „Kachexie" erst recht paradox erscheinen läßt. Zusammen mit dem Sistieren der Menses kann man die Fehldiagnose Gravidität verstehen. Diesen Fettansatz halte ich für eine geringe Mitbeteiligung der übrigen Hypophyse, was ja z. B. bei embolischen Prozessen durchaus möglich wäre. Diese primäre Adipositas, die bald wieder schwindet, läßt sich nicht bei allen Fällen nachweisen. Aber immerhin kann man sie, falls vorhanden, mit den bisher besprochenen zwei Merkmalen zu einer charakteristischen Symptomentrias zusammenfassen. Auch beim Morbus Addison kommt manchmal Adipositas vor. Will man daher von dieser Symptomentrias diagnostischen Gebrauch machen, so muß man vorher einen Addison ausschließen. Reye führt in seiner Zusammenstellung Adipositas als ständiges Symptom auf, in anderen Krankengeschichten wird sie wohl auch, aber selten, erwähnt. Ob dies nur daran liegt, daß nicht auf sie ausdrücklich geachtet wurde oder ob die Adipositas tatsächlich nur bei manchen Fällen auftritt, wage ich nicht zu entscheiden. Ist sie jedoch vorhanden, so ist sie zweifellos ein wichtiges Symptom, um eine vorhandene Asthenie mit psychischer Apathie als hypophysär bedingt zu charakterisieren, falls man einen Addison vorher ausgeschlossen hat.

Ich bringe nun noch einen Fall, den Dr. Reye beschrieben hat, der die eben von mir gemachten Ausführungen nochmals vollauf bestätigt.

Fall IV.

(Aus Münchner Medizin. Wochenschr. 1926, S. 903: Das klinische Bild der Simmonds'schen Krankheit in ihrem Anfangsstadium. Von Dr. Reye.)

Frau H., 36 Jahre. Aufgenommen am 20. 5. 1925. Früher stets gesund. Ehemann gesund. Seit 4 Jahren verheiratet. Im Juni 1922 Zwillingsgeburt. Schon 4 Wochen vor der Geburt Blutungen (Plac. praev. ?). Das erste Kind wurde durch Zange, das zweite durch Wendung entbunden. Enormer Blutverlust, mußte Kochsalzinfusion bekommen. Im Wochenbett sehr matt und elend. Mußte $3\,^1/_2$ Wochen liegen. Kam dann aufs Land, wo sie sich aber auch nicht recht erholen konnte. Blieb blaß und schwach. Die Periode kam nicht wieder. Die Kranke wurde unlustig zu jeder Betätigung, war leicht einem Stimmungswechsel unterworfen. Ende 1922 fiel ihr auf, daß die Schamhaare, Achselhaare, Augenbrauen und Wimpern ausfielen. Das sexuelle Empfinden erlosch völlig. Abgemagert sei sie nicht. Aber sie konnte garnicht

wieder zu Kräften kommen, war nicht imstande, ihren Haushalt zu versehen, saß meist untätig herum, ermüdete beim Gehen rasch, wurde sehr vergeßlich und interesselos, sprach wenig, leise, zögernd. Langsam verschlechterte sich der Zustand. Großes Schlafbedürfnis, immer Gefühl von Frost. Alle Personen, die die Kranke von früher her kannten, waren entsetzt über die Veränderung. Sie war bei verschiedenen Aerzten in Behandlung, die ihr aber alle nicht helfen konnten. Im Mai 1924 fand ein Arzt die Wassermann'sche Reaktion positiv und behandelte die Kranke mit Einspritzungen in Arm und Gesäß. Darauf bekam sie einen 3 Wochen lang anhaltenden Darmkatarrh, der die Kranke noch mehr herunterbrachte. Im November 1924 soll bei einer zweiten Untersuchung das Blut wieder in Ordnung gewesen sein.

Anfang Mai 1925 wandte sie sich wegen einer Bindehautentzündung an den hiesigen (Hamburg) Augenarzt Dr. Hildebrand, dem das eigenartige Wesen und das blasse Aussehen der Kranken auffiel, sodaß er mir die Kranke zur Allgemeinuntersuchung überwies. Oefter will die Frau plötzlich Anfälle von Erbrechen und Durchfall bekommen haben, verbunden mit erheblichem Fieber.

Status: Am 20. 5. 1925.

1,65 m große, kräftig gebaute Frau mit mäßig reichem Fettpolster. Gewicht 67 kg. Etwas gebückte Körperhaltung. Die Kranke liegt apathisch im Bett und macht einen müden, trägen Eindruck. Sie ist ängstlich, bedrückt, zum Weinen geneigt. Die Ausführung der Gaswechselbestimmung scheitert fast an der furchtbaren Angst der Frau vor dem Apparat. Wachsbleiche, trockene, an den Extremitäten stellenweise glänzende Haut. Kopfhaare reichlich, Augenbrauen, Wimpern sehr dürftig. Achselhaare fehlen, einige spärliche Schamhaare. Augenbefund normal, keine Einschränkung des Gesichtsfeldes. Gebiß defekt. Oberkieferprothese. Hals nicht verdickt. Schilddrüse klein. Brustdrüsengewebe spärlich. Brust- und Bauchorgane o. B. Aeußere Genitalien atrophisch. Uterus walnußgroß, hart. Adnexe nicht zu palpieren. Reflexe, Sensibilität normal. Gelenke frei.

Blutuntersuchung: Haemoglobin 68%, Erythrozyten 4,35 Mill. Leukozyten 6600. 5% Eosinophile. Wassermann negativ. Blutdruck nach RR. 100/75 mm Hg.

Sella turcica röntgenologisch o. B.

Gaswechselbestimmung: Herabsetzung des Grundumsatzes um 5,2%. Urin chemisch, mikroskopisch und bakteriologisch o. B. Wasser- und Konzentrationsversuch normal.

Lumbalpunktion: Klarer Liquor, keine Druckerhöhung. Zellen 9/3. Nonne, Pandy, Wassermann negativ.

Mit Praephyson ganz wesentliche Besserung.

Im letzten Fall ist zwar nicht von neu auftretender Adipositas die Rede, aber auch hier führt die Anamnese ausdrücklich auf: „abgemagert sei die Patientin nicht". Und der Befund spricht von einem „mäßig reichen Fettpolster". Mit den andern beiden hier vorhandenen Symptomen haben wir in diesem Fall die Symptomentrias nur andeutungsweise beisammen.

Ich bringe nun noch eine Reihe Fälle beginnender Hypophysärer Kachexie, für die auch in der Literatur teilweise der Name Hypophysen-Insuffizienz vorgeschlagen wird. Die oben erwähnte Asthenie mit psychischer Apathie ist auch in diesen Fällen als erstes Symptom nachweisbar, bei Frauen in manchen Fällen Amenorrhoe.

Fall V.

(Aus Jahrb. für Psychiatrie und Neurologie, 1927, S. 276: Hypophysenschwäche. Von Fries.)

21 jähriges Mädchen. Klinikeintritt: 14. Dezember 1926. Die Anamnese ergibt bezüglich der Familie der Erkrankten und ihrer eigenen Vorgeschichte nur, daß Patientin häufig Anginen hatte. Die Menses setzten mit 14 Jahren ein, waren früher normal. 1922 Appendektomie und Entfernung einer Ovarialzyste. Schon vor dieser Operation Ausbleiben der Menses. Nach der Operation stellte sie sich wieder ein, aber unregelmäßig. Seit September 1925 sind die Menses dauernd ausgeblieben. Im Jahre 1925 machte Patientin eine Gonorrhoe mit einer Arthritis gonorrhoica durch. Trotzdem relatives Wohlbefinden bis Oktober 1926. Damals trat ohne besonderen Anlaß starke Abmagerung ein (um etwa 7 kg). Dazu kam eine Reihe nervöser Beschwerden: Schlechter Schlaf, depressive Stimmung, Reizbarkeit, Trockenheitsgefühl im Mund, dabei aber stark verminderte Urinmenge und verminderter Harndrang. Nach Aufregung traten häufig Durchfälle auf. Dabei sehr ausgesprochenes Schwächegefühl und große Ermüdbarkeit, sodaß Patientin viel zu Bett liegen mußte, ausgesprochenes Kältegefühl und Frösteln, abends leichte Temperatursteigerung.

Status praesens:

Mittelgroßes Individuum von grazilem Körperbau, Fettpolster gering, die Haut im Gesicht etwas schlaff und gefaltet. Haut und Schleimhäute mäßig gefärbt. Am Schädel keine Besonderheiten. Röntgenbefund (Prof. Schiller): Auch in Bezug auf die Sella normal. Leichter Exophthalmus, kein Gräfe. Die Pupillen mittelweit, gleich,

rund, reagieren prompt auf Licht und Konvergenz. Augenbewegungen frei, kein Nystagmus. Der ophthalmoskopische Befund normal. Conjunctival- und Cornealreflexe vorhanden. Kein Chwostek. Gesichtsinnervation ohne Störung. Dergleichen die Zungenbeweglichkeit. Würgreflex etwas herabgesetzt; auch sonst die Hirnnerven frei. Am Hals eine kleine weiche Struma. Die Haut der Extremitäten blau und kalt. Die Muskulatur dürftig, die Kraft gering. Die Handflächen feucht. Schnellschlägiger Fingertremor, rechts stärker als links. Keine Ataxie. Keine Sensibilitätsstörungen. Sehnenreflexe lebhaft, links stärker als rechts. Kein Babinski. Bauchreflexe normal. Bei Fersen- und Augenschluß fällt Patientin unter starkem Schwindelgefühl langsam nach links hinten. Gang etwas schwankend. Deutlicher roter Dermographismus. Am Herzen ein systolisches (anaemisches) Geräusch, sonstiger Herz- und Lungenbefund normal. Puls im Liegen 72, nach Aufsetzen 92, nach dem Aufstehen 100, nach Bewegung 120. Aschner positiv (bei Druck auf den Bulbus deutliche Pulsverlangsamung). RR. 90 mm Hg. Wassermann im Serum negativ.

Blutbefund: Rote Blutkörperchen 4,2 Mill. Färbeindex 0,77. Weiße Blutkörperchen 7000. Neutrophile Leukozyten 57%, Lymphozyten 35%, Eosinophile 1%.

Die Harnmenge in 24 Stunden 700, spezifisches Gewicht 1012, kein Eiweiß, kein Zucker.

Während der weiteren Beobachtung sinkt die Urinmenge trotz ausreichender Flüssigkeitszufuhr beträchtlich. Auf eine Injektion von Praephyson steigt der Blutdruck nur wenig von 90 auf 97 mm Hg. Auch ergibt sich zunächst keine besondere Vermehrung der Harnmenge. Dagegen fühlt sich Patientin subjektiv viel besser, das Kältegefühl hat nachgelassen, Patientin wird viel agiler. Auf peiter Hypophysenvorderlappen-Injektionen hält sich der Blutdruck um etwa 10 mm höher. Die Harnmenge steigt bei einem spezifischen Gewicht von 1007 auf 1000 ccm, gelegentlich auch auf 1300 bis 2000 ccm. Eine Wasserprobe auch nach vorausgegangener Pituglandolinjektion ergibt verlangsamte Ausscheidung; die Gesamtmenge wird erst nach 12 Stunden ausgeschieden. — Subjektiv fühlt sich Patientin bedeutend besser, sie ist ein anderer Mensch. Sie ist tagsüber außer Bett, das Kältegefühl wie auch der Schwindel haben sich verloren. Nach einer Adrenalin-Injektion von 1 ccm steigt der Blutdruck um 10 mm, dabei starkes Kältegefühl, Zittern am ganzen Körper, Druckgefühl auf der Brust, der Puls von 86 auf 120 ansteigend. Nach Einnahme von etwa 100 g Traubenzucker in der zweiten Halbstunde Ausscheidung von etwas Zucker, entsprechend 0,3%. Nach 100 g Traubenzucker + Adrenalin werden in der zweiten halben Stunde 0„6 g Traubenzucker (ent-

sprechend 1%) ausgeschieden. Auch in den folgenden 3 Stunden noch etwas Zucker.

Nachdem Patientin durch 10 Tage 4 Ovosan-Tabletten (Sanabo) täglich erhalten hatte, traten Menses ein. Das Körpergewicht stieg allmählich an. Nach vorübergehendem Aussetzen der Hypophysenvorderlappen-Präparate fühlte sich Patientin wieder etwas schlechter.

Patientin blieb noch bis 22. Februar in Spitalbehandlung, außer 15 H. V.-Injektionen erhielt sie noch 15 Natrium-Kakodylicum-Injektionen und täglich 4 Ovosan-Tabletten. Sie wurde mit der Quarzlampe bestrahlt.

Sie fühlte sich wesentlich besser, war den ganzen Tag außer Bett. Das Kältegefühl verlor sich vollständig. Das Körpergewicht nahm um 3,80 kg zu. Die Menses traten ziemlich regelmäßig auf, ihnen ging meist beträchtliches Unbehagen voraus. Der Blutdruck hielt sich zwischen 100 und 110 mm Hg. Die Urinmenge schwankte zwischen 1500 bis 2000 ccm.

Die beiden folgenden Fälle sind interessant dafür, daß die Diagnose Hypophysäre Kachexie zu Lebzeiten der Patienten garnicht gestellt werden konnte. Man nahm bei diesen unklaren Asthenien und der schließlich hinzutretenden Kachexie in dem einen Fall ein „Okkultes" Carcinom, in dem anderen Fall eine „okkulte" Tuberkulose an. — Die Sektion stellte dann in beiden Fällen den unklaren Status asthenicus als hypophysär bedingt fest.

Fall VI.

(Aus Deutsche Medizin. Wochenschr. 1916, S. 190: Prof. M. Simmonds.)

Anamnese:

Ein 58jähriger Schuhmacher, der stets gesund gewesen war, in den letzten zwei Jahren aber andauernd matter und magerer und blasser wurde, viel an Kältegefühl litt und schließlich arbeitsunfähig wurde, kam im letzten August ins Krankenhaus.

Befund:

Trotz sorgfältiger wiederholter Untersuchung war keine Organerkrankung festzustellen. Der Haemoglobingehalt betrug etwa 60%, die Zahl der Erythrozyten 3,5 Mill., die Leukozyten 4600. Eine Auszählung des Blutbildes ergab 46% Lymphozyten, 48% polynukleäre, 5% eosinophile Zellen. Die Form der Erythrozyten zeigte keine Abweichung. Gelegentlich trat eine in 24 Stunden verlaufende Temperatursteigerung auf. Monatelang waren das die einzigen Befunde und, da die Kachexie ständig zunahm, stellte

man die Diagnose auf ein okkultes Carcinom. Erst 8 Tage vor seinem Tode, der durch Pneumonie herbeigeführt wurde, trat andauernde Temperatursteigerung auf.

Sektion:

Das Sektionsergebnis enttäuschte zunächst sehr. Außer einer frischen Pneumonie und Perikarditis war an Brust- und Bauchorganen nichts zu finden. Leber stark eisenhaltig. An Knochenmark und Herzfleisch keinerlei krankhafte Veränderungen; vor allem keine Anzeichen von perniciöser Anämie. Erst die Kopfsektion brachte die Aufklärung. Beim Herausnehmen des Hirns fiel ein haselnußgroßer, grauweißer, derber Tumor auf, der dem Stiel des Hirnanhangs entsprach, und getrennt durch das Diaphragma des Türkensattels folgte innerhalb dieser ein zweiter ebenso großer Tumor, der die Stelle der Hypophyse einnahm und nach der Schädelhöhle hin sich vorwölbte. Der Türkensattel war stark erweitert, aber glatt. Die Sehnerven waren durch die Geschwülste seitlich verlagert, aber nicht erheblich komprimiert. Innerhalb der beiden sanduhrartig zu einander gelagerten Geschwülste war nichts vom Hypophysengewebe mehr zu erkennen. Die mikroskopische Untersuchung ergab, daß es sich um ein basophiles Adenom handelte.

Fall VII.

(Aus Deutsche Medizin. Wochenschr. 1916, S. 190: Prof. M. Simmonds.)

Ein neunjähriges Mädchen hatte in seinem letzten Lebensjahr die Zeichen einer stetig zunehmenden Entkräftung, Appetitlosigkeit und Abmagerung geliefert, ohne daß sich klinisch irgend welche Organveränderungen nachweisen ließen. In den letzten Lebensmonaten trat dann noch eine wechselnde Polyurie hinzu. Andere auf eine Hypophysenerkrankung hinweisende Symptome fehlten völlig und, da auch der Blutbefund normale Verhältnisse aufwies, beschränkte man sich auf die Annahme einer okkulten chronischen Tuberkulose. Die Autopsie zeigte zu unserer Ueberraschung einen völlig normalen Zustand der Brust- und Bauchorgane. Dagegen fand sich als einzige pathologische Veränderung ein fast haselnußgroßer Tumor der Hypophyse, der das Organ völlig zerstört hatte.

Mikroskopisch erwies sich der Tumor als basophiles Adenom, ein Befund, der das Fehlen akromegaler Erscheinungen zur Genüge erklärte. (Nur die oxyphilen, nicht die basophilen Adenome lösen ja nach unseren heutigen Kenntnissen eine Akromegalie aus.)

Fall VIII.

(Aus Jahrb. f. Psychiatrie u. Neurologie 1927, S. 276: Prof. Dr. Redlich.)

R. S., 46 Jahre alt, verheiratet, Beamter. Eintritt 25. 11. 1926.

Der Vater des Patienten ist an einem Unfall, die Mutter an Carcinom uteri gestorben. In der Familie keine nervösen Erkrankungen. Patient selbst war bis zur jetzigen Krankheit vollkommen gesund. Er war immer mager. Er hat zwar im Beginn seiner Krankheit 2 kg verloren, hat diese aber seitdem wieder gewonnen (!! Der Verf.). Er ist ziemlich starker Raucher, kein Trinker. Eine venerische Infektion wird negiert. Er ist seit 18 Jahren verheiratet. Seine Frau hat 2 Kinder geboren, niemals abortiert.

Die Krankheit des Patienten begann vor etwa $1\,^1/_2$ Jahren und äußerte sich durch allgemeine Schwäche und Mattigkeit. Patient mußte sich, wenn er einige Minuten gegangen war, wieder niedersetzen. Zeitweilig traten daher Schmerzen in den Waden auf, die aber nach Gebrauch von orthopädischen Schuhen wieder verschwanden. Im Frühjahr 1926 suchte er wegen seiner Schwäche verschiedene Kurorte auf, die aber keine Besserung brachten. Damals trat von Zeit zu Zeit ohne bekannten Anlaß ein nicht schmerzhafter Krampf in der Nackenmuskulatur auf, wodurch der Kopf für einige Zeit nach vorne geneigt wurde. Eine Bewußtseinsstörung bestand dabei niemals. Seit dem Sommer 1926 ist dieser Nackenkrampf übrigens nicht mehr aufgetreten. Hingegen nahm seit drei Monaten das Schwächegefühl immer mehr zu. Patient mußte nahezu die ganze Zeit im Bett verbleiben. Eine eigentliche Parese der Extremitäten bestand niemals. Während er anfänglich an Schlaflosigkeit litt, schlief er in letzter Zeit sehr viel, auch hatte er immer ein Kältegefühl. Früher bestanden zeitweilig Kopfschmerzen in Form eines Druckgefühls in der Stirngegend, die in der letzten Zeit aber selten sind. Kein Schwindel. Kein Erbrechen oder Brechreiz. Kein besonderes Durstgefühl oder Harndrang oder Vermehrung der Harnmenge. Die Blasenentleerung erfolgt normal. Kein Haarausfall. Seit zwei bis drei Monaten sieht Patient etwas schlechter. Das Hörvermögen sei gut. Appetit gering. Die Stimmung ist in letzter Zeit depressiv geworden. Er macht sich sehr viel Sorgen über seinen Zustand. Sein Gedächtnis, das Konzentrationsvermögen und Arbeitsfähigkeit sind aber ungestört. Die Potenz soll angeblich ungestört sein.

Status praesens:

Patient ist 174 cm groß, von ausgesprochen asthenischem Typ, dabei mager. Die Knochen zart. Das Körpergewicht 52,2 kg. Die Temperatur meist zwischen 36^0 und $36{,}5^0$ C. Die Gesichtsfarbe blaß, ebenfalls die Schleimhäute, keine abnorme Pigmentierung der

Schleimhäute. Kopf- und Barthaare, ebenso die Stammbehaarung, wie Achsel- und Schamhaare ohne Auffälligkeit (!). Der Schädel normal konfiguriert. Keine Klage über Kopfschmerzen. Keine Druck- oder Perkussionsempfindlichkeit des Schädels. Bei passiver Bewegung des Schädels ist im Nacken ein leichter Widerstand zu spüren.

Der Röntgenbefund des Schädels (Professor Schüller) ergibt: Schädeldach von normaler Größe und Form, symmetrisch, 5 mm dick, spongiös, seine Innenfläche eben, Nähte erkennbar. Schädelbasis von normaler Konfiguration. Die Sella turcica hochgradig erweitert, ihr Boden dünn. Das Dorsum sellae fehlt, die processus clinoidei anteriores gut ausgebildet. Nebenhöhlen geräumig, lufthaltig. Diagnose: Hochgradige Sellausur, wie bei intrasellärem Tumor.

In psychischer Beziehung keine Auffälligkegiten. Gedächtnis und Merkfähigkeit gut. Stimmung nicht depressiv.

Beiderseits leichter Exophthalmus. Die Pupillen über mittelweit, die rechte etwas größer als die linke, leicht entrundet. Auf Lichteinfall nur geringe Verengung, die linke Pupille reagiert etwas besser auf Lichteinfall, beide gut auf Konvergenz und Akkomodation. Der Augenspiegelbefund ergibt: Beide Papillen geschwollen (rechts etwas mehr). Keine Blutung, aber feines Exsudat. Die Gesichtsfeldgrenzen unverläßlich, doch scheint rechts eine nasale Einendung zu bestehen. Visus: R — 4,0 6 8, L — 3,0 6 8. Augenbewegungen frei. Leichter, feinwelliger Nystagmus beim Blick nach links. Der Cornealreflex beiderseits normal. Der motorische und sensible Trigeminus ohne Störung. Der Masseterreflex positiv, schwach. Von den Zähnen fehlen 13 (die Frontzähne sind erhalten), von denen 12 anscheinend durch Lockerung ausgefallen sind, ohne daß Patient genauere Angaben machen kann. Die rechte Gesichtshälfte bleibt beim Zähnzeigen etwas zurück, diese Differenz gleicht sich aber beim Lachen aus. Leichtes Abweichen der Zunge beim Vorstrecken nach rechts, sonst keine Störung. Die Sprache normal. Keine Zeichen myasthenischer Erschöpfbarkeit. Auch die übrigen Hirnnerven ohne Befund. Ohrbefund: Rechts Taubheit. Links das Gehör normal. Beiderseits kalorische Uebererregbarkeit des Labyrinths.

Die Muskulatur der Extremitäten dürftig, aber nicht atrophisch, ihre Kraft gering ohne deutliche Parese oder abnorme Erschöpfbarkeit. Keine Ataxie. Ganz leichtes Zittern der vorgestreckten Finger. Die Sehnenreflexe der oberen Extremitäten mäßig lebhaft. Bauch- und Kremasterreflexe positiv, schwach. Die Wirbelsäule normal, frei beweglich. Auch die unteren Extremitäten dürftig entwickelt, mit geringer Kraft, aber ohne Atrophie oder Parese. Keine Ataxie,

der Gang normal. Keine Druckempfindlichkeit der Nervenstämme. Patellarsehnenreflex mäßig lebhaft, links wie rechts. Der Achillesreflex links eine Spur stärker als rechts. Fußsohlenstreichreflex positiv, rechts = links. Kein Babinski. Die Sensibilität allenthalben intakt.

Der Hals lang, schmal; ein über walnußgroßer derber Knoten im rechten Seitenlappen der Schilddrüse. Der Thorax lang, schmal, symmetrisch. Die Atmung normal. Die Arteria radialis weich, nicht geschlängelt; der Puls leicht unterdrückbar, im Liegen 76/Min. RR. 92 mm Hg. Die Harnmenge 700, spezifisches Gewicht 1022. Der Harm enthält kein Eiweiß oder Zucker. Die Hoden nicht auffällig atrophisch. Wassermann im Serum negativ.

Blutbefund: 4,7 Mill. rote Blutkörperchen, Sahli 78%, Index 0,9, Leukozyten 7400, die Differentialzählung ergibt keine Besonderheiten. Eosinophilie 1%.

Der Grundumsatz ergibt normale Werte. Der Wasserverbrauch ergibt eine leichte Verzögerung.

Patient blieb bis 29. Januar 1927 in Spitalsbeobachtung. Während dieser Zeit wurden verschiedene therapeutische Versuche unternommen. Mit Rücksicht auf die später zu erörternden diagnostischen Erwägungen wurden Hypophysenvorderlappen-Präparate in Injektionsform durch längere Zeit versucht, vor allem das Präparat der Sanabo-Gesellschaft und das Praephyson. Der Erfolg war in gewisser Beziehung ein auffälliger und prompter. Patient, der sich bis dahin so schwach fühlte, daß er beinahe ständig zu Bette lag, führte sich schon kurze Zeit nach der ersten Injektion wesentlich frischer und kräftiger, sodaß er den ganzen Tag außer Bett zubringen konnte; er ging herum, war viel lebhafter, auch die Schlafsucht verschwand. Patient behauptete, er sei ein anderer Mensch geworden. Deutlich war auch die Steigerung des Blutdruckes, er stieg nach der ersten Injektion schon nach wenigen Minuten um 10 bis 15 mm Hg., nach einer halben Stunde um 26 mm Hg. Er hielt sich, nachdem durch mehrere Tage solche Injektionen verabfolgt waren, dauernd höher (anfänglich 92, später meist 110 mm Hg.). Die Pulsfrenquenz blieb unverändert. Deutlich war auch der Einfluß auf die Harnmenge, sie stieg von 500—700 auf 800—1000, ja selbst 1300.

Zusammenfassung des weiteren Berichtes:

Beim Patienten wurden diese Hypophysenvorderlappen-Injektionen nun wieder ausgesetzt und es trat sofort eine wesentliche Verschlechterung ein, der Blutdruck senkte sich, beim Aufstehen knickt Patient in den Knien zusammen. Auf neuerliche Injektionen wieder Besserung. Später hatte Patient einen epileptischen Anfall.

Der Schädel wird bestrahlt, darauf Klagen über Uebelkeit im Magen. Der Augenbefund verschlechtert sich zusehends!

Am 29. Januar 1927 (Aufnahme am 29. November 1926) kehrt Patient in seine Heimat (Serajevo) zurück. Dort hat er laut ärztlichen Berichts eine Zahl epileptischer Anfälle, die stets rechtsseitig begannen. Später kommen noch psychische Störungen dazu, so Euphorie, Desorientiertheit; spricht sehr viel. Allmählich entwickelt sich komplette Amaurose, es trat Schlaflosigkeit ein, ferner trat Zungen- und Gaumenlähmung auf. Auch jetzt hatte Patient noch keine Kopfschmerzen.

Ende März 1927 dann ziemlich plötzlich Exitus. Eine Obduktion wurde nicht ausgeführt.

Der Fall interessiert deshalb, weil bei vorhandener Sellaerweiterung und Usur die Simmonds'sche Krankheit selbst noch ganz im Anfangsstadium steckte. Wir haben hier noch nicht einmal den sonst üblichen Ausfall der Bart-, Achsel- und Schamhaare! Auch in psychischer Hinsicht war die Krankheit noch nicht weit fortgeschritten. Im Status praesens steht ausdrücklich: „In psychischer Beziehung keine Auffälligkeiten ..." „Stimmung leicht depressiv ..."

Hätte nicht der Augenbefund und das Röntgenbild auf die Hypophyse hingedeutet, so wäre wohl schwerlich eine Simmondssche Kachexie diagnostiziert worden!

Liest man sich Anamnese und Befund durch, so sind es eigentlich nur Asthenie und Hypotonie, die dem Untersucher auffielen (vom lokalen Augen- und Röntgenbefund abgesehen!).

Ferner bringt dieser Fall wieder klar zum Ausdruck, daß die Hypophysäre Kachexie zuerst mit einer Asthenie einsetzt. Besonders bemerkenswert ist auch, daß die Hypophysenvorderlappen-Injektionen zu allererst die motorische Asthenie und die psychische Apathie beseitigen, bevor auch die anderen Symptome allmählich beseitigt werden. Man kann auch hierin einen Beweis dafür erblicken, daß die Krankheit als erstes und **führendes** Symptom eine Asthenie hat, denn nur so ist es erklärlich, daß das Organpräparat hier zuerst ansetzt!

Fall IX.

(Aus Jahrbuch f. Psychiatrie u. Neurologie 1927, S. 276: Die Hypophysenschwäche. Von Dr. Friess.)

Verfasser berichtet über einen 11jährigen Jungen mit Hypophysentumor, den er beobachten konnte. Dieser zeigte nebst dem charakteristischen Röntgenbefund Kopfschmerzen und bitemporale Hemianopsie. Ferner bestanden leichte epileptische Anfälle, daneben

große Schwäche, Hinfälligkeit, Schlafsucht, sehr niedriger Blutdruck (80—84 mm Hg.), Oligurie 300 ccm/24 Stunden, große Blässe. 3,6 Mill. Erythrozyten, Sahli 93% Haemoglobin. Den Patienten verlor aber der Berichterstatter aus der Beobachtung, sodaß eine Therapie mit Hypophysenvorderlappen-Präparaten nicht durchgeführt werden konnte.

Am Schluß des zweiten Abschnittes dieser Arbeit fasse ich die Ausführungen dieses Teiles zunächst kurz zusammen:

Die Fälle sollten zeigen, daß die Hypophysäre Kachexie mit einer allgemeinen physischen und psychischen Asthenie als allererstes manifestes Symptom einsetzt. Mitunter werden diese beiden Symptome durch eine, später wieder schwindende, Adipositas zu einer durchaus charakteristischen Symptomentrias ergänzt.

Ich gehe nun einen Schritt weiter und frage: Sollte es nicht, wie in den Fällen VI und VII, noch eine Menge sogenannter unklarer Asthenien geben, die hypophysär bedingt sind? Asthenien also, die nichts weiter wären, als beginnende hypophysäre Kachexien oder (ohne jede Tendenz zum Fortschreiten) eine Art stationärer Hypophysen-Insuffizienzen. Ich stehe mit dieser Ansicht nicht allein. W. Fliess deutet dieses Problem in der Zeitschrift für ärztliche Fortbildung, Jahrg. 1921, Nr. 6 (1924) an:

Der Autor weist dort auf das charakteristische Symptomenbild der Hypophysenschwäche hin, das sich z. B. bei Frauen manchmal im Anschluß an eine Gravidität ausbildet und durch Mattigkeit, Hinterkopfschmerzen in Kombination mit Menstruationsstörungen und Ischias (?) gekennzeichnet ist und empfiehlt Behandlung mit Hypophysenvorderlappen-Präparaten.

Auch Reye schreibt einmal (Münchner Med. Wochenschr. 1926, S. 902): „ ... übrigens sei hier nebenbei bemerkt, daß ich es für möglich halte, daß bei Frauen, die sich während der Schwangerschaft besonders wohl gefühlt haben, aber später stets schlapp und unterernährt bleiben, die nach der Geburt erfolgende vielleicht übermäßige Rückbildung des Hypophysenvorderlappens zur Erklärung des Schwächezustandes (= Status asthenicus! Der Verf.) herangezogen werden kann ...“

Beide Autoren bestärken mich also in der Annahme, daß es eine stationäre, nicht zur Kachexie fortschreitende, Hypophysen-Insuffizienz gibt.

Ich stelle also an den Schluß dieses Teiles die begründete Hypothese:

Viele der vorhandenen unklaren Asthenien, sehr wahrscheinlich aber die mit gleichzeitiger Senkung des psychischen Energieniveaus und Adipositas, sind Hypophysen-Insuffizienzen.

Teil III.

Beziehungen zwischen der Hypophysären Kachexie und Asthenien im Kindesalter bei Lues congenita.

In diesem Teil möchte ich die Aufmerksamkeit auf die Lues der Hypophyse lenken, speziell natürlich des Hypophysenvorderlappens. Es ist schon lange bekannt, daß die tertiäre Lues gewisse Praedilektionsstellen im Körper hat. Zu diesen Praedilektionsstellen gehört zweifelsohne auch die Hypophyse. Die krankhaften Veränderungen, welche die Lues des Vorderlappens bedingt, entsprechen ganz genau denen der Simmonds'schen Krankheit, allenfalls noch der Dystrophia adiposogenitalis, zumal wenn größere Teile der Hypophyse betroffen sind. Auch bei der Hypophysen-Lues beginnt das Krankheitsbild ganz analog wie früher mit Asthenie. Ich bringe zunächst zwei Fälle von Simmonds'scher Krankheit auf luetischer Grundlage, die durch die erfolgreiche spezifische Luestherapie als Lues sichergestellt sind.

Fall X.

(Aus Medizin. Klinik 1920, S. 1313: Ein Fall von Hypophysärer Kachexie auf der Basis von Lues acquisita mit Ausgang in Heilung. Von Dr. R e y e.)

Es handelt sich um eine 50 jährige Frau. Die Frau lag apathisch im Bett, mir fiel sofort das kachektische Aussehen auf und das Fehlen der Zähne, der Augenbrauen, der Achsel- und Schamhaare, die Atrophie der Genitalien, der Schilddrüse, die geringe Mimik, das äußerst stumpfe psychische Verhalten. Ich sagte mir sogleich: Das ist das Bild der Hypophysären Kachexie. Nur paßte zu meinen früheren Fällen nicht die Anamnese. Bei jenen begann die Krankheit stets nach einem Wochenbett, hier nicht. Ich untersuchte nun weiter und fand auf der Stirn auf Lues verdächtige Narben, die, wie ich später in Erfahrung bringen konnte, von Geschwüren herrührten. Diese Geschwüre, welche vor 5 oder 6 Jahren aufgetreten waren, sollen auf Einnehmen einer wässrigen, unangenehm salzigen Medizin abgeheilt sein. Als nun die Wassermann'sche Reaktion im Blut sehr stark positiv ausfiel, lag es nahe, die Wahrscheinlichkeitsdiagnose auf Syphilis des Hypophysenvorderlappens

zu stellen. Alle sonstigen Zeichen einer Lues, speziell einer Lues cerebri, fehlten. Keine Lähmungen, keine Pupillenstörungen, keine Reflexanomalien. Augenhintergrund und Gesichtsfeld normal. Keine Polyurie. Die Körpertemperatur war dauernd subnormal. Die Schädelbasis bot röntgenologisch nichts Besonderes. Im Lumbalpunktat besteht bei normalem Druck wohl eine Zellvermehrung (120/3). Wassermann'sche Reaktion im Liquor negativ. Im Blutbild fällt, wie in meinen früheren Fällen, die Eosinophilie auf, hier 11%. Die Abderhalden'sche Reaktion fällt für Hypophyse stark positiv aus.

Aus der Anamnese, die durch die Angehörigen vervollständigt wurde, ist noch zu bemerken, daß die Kranke seit etwa $3\frac{1}{2}$ Jahren an Ohnmachtsfällen leidet und sehr häufig Erbrechen hatte und sich seit dieser Zeit die allgemeine Schwäche entwickelt hat. Die psychische Veränderung besteht erst seit einem Vierteljahr. Der erste Ehemann war syphilitisch. Von diesem gebar die Patientin vor etwa 20 Jahren ein syphilitisches Kind. 7 Kinder sind klein gestorben. Im ganzen 10 Partus, einen Abort. Menopause seit etwa $1\frac{1}{2}$ Jahren.

Eklatanter Heilerfolg nach Quecksilber-Neosalvarsan-Kur.

Fall XI.

(Aus Medizin. Klinik, Jahrg. 1920, S. 421: Hypophysäre Kachexie auf luet. Grundlage. Von H. Feit.)

Patient wird vom Halsspezialisten wegen Syphilisverdachtes zugeschickt. Beim Eintritt des Kranken ins Sprechzimmer fällt das greisenhafte Aussehen, die blasse, gelbliche Hautfarbe, die knabenhafte Stimme und das bartlose Gesicht auf. Auf der Oberlippe sind einige Härchen vorhanden. Als der Patient sich auszieht, sieht man weder in der Achselhöhle noch in der Schamgegend Haare, die Geschlechtsteile sind verkümmert. Als nun bei einer Besichtigung der Mundhöhle an der hinteren Rachenwand lachsfarbene Narben auffallen, taucht der Gedanke auf, daß es sich wohl um eine syphilitische Erkrankung einer Drüse mit innerer Sekretion handelt. Die Anamnese ergibt dann Syphilisinfekt im Jahre 1889, damals wurden zwei Schmierkuren vorgenommen. Im Jahre 1909 wurde Patient von einem Halsspezialisten wegen Kehlkopfgeschwüre operiert, seit jener Zeit besteht Heiserkeit. In den letzten zwei Jahren bemerkt Patient, daß die Kraft seiner Arme, im letzten Jahr auch die Kraft seiner Beine erheblich nachließ; dagegen keine Unsicherheit beim Gehen, auch nicht im Dunkeln. Ungefähr genau so lange bemerkt er zunehmenden Haarausfall am

ganzen Körper, der Bartwuchs würde immer schwächer, sodaß er sich in der Woche nur einmal rasieren brauchte, was früher täglich nötig war. In den letzten Wochen machte sich ein starkes Durstgefühl, Trockenheit im Munde und im Hals bemerkbar; Urin sei auch bei heißester Witterung immer sehr hell. Seit $1\,^1/_2$ Jahren vollständige Impotenz, in letzter Zeit bemerkte Patient vermehrte Trockenheit der Haut; selbst bei heißem Wetter brauchte er nicht zu schwitzen; die starke Gewichtsabnahme wurde von ihm auf Unterernährung zurückgeführt.

Befund:

Größe 1,75 m. Gewicht 150 Pfund. Alter 53 Jahre. Greisenhaftes Aussehen, runzeliges, faltiges Gesicht, Schleimhaut mangelhaft durchblutet, Hirnnerven und Augen ohne krankhaften Befund. Gesichtsfeld normal.

Mundhöhle: rechts neben dem Zäpfchen lachsfarbene Narben, die die Reste einer tertiär-syphilitischen Halserscheinung darstellen. Brust- und Bauchorgane zeigen nichts Krankhaftes. Der maximale Blutdruck beträgt 88 mm Hg., gegen 130 mm Hg. normal. Alle Reflexe sind auslösbar und zeigen keine Abweichungen von der Norm, der Gang zeigt keine krankhaften Veränderungen. Haut trocken, nicht pastös, keine Kopfschmerzen, keine verminderte Denkkraft, aber auffallende Apathie.

Blutbild: Kleine Lymphozyten 50%, große Lymphozyten 5%, polynukleäre Leukozyten 45%, eosinophile Leukozyten 2%.

Urin hell; Eiweiß, Zucker und Gallenfarbstoffe negativ. Tagesmenge 3 Liter, spezifisches Gewicht 1006. Nach Dursttag $^5/_4$ Liter, spezifisches Gewicht 1012. Röntgenologisch keine sicheren Veränderungen der Sella-turcika. Wassermann negativ (am 11. März).

Nach einer Silber - Salvarsan - Sulfoxylat - Kur weitgehende objektive und subjektive Besserung.

Meine Behauptung, daß die Hypophyse eine Praedilektionsstelle der tertiären Lues ist, wird noch gestützt durch die Tatsache, daß bei congenital luetischen häufig Dystrophia adiposogenitalis beobachtet wird (siehe Med. Klinik 1924, S. 1728), eine Krankheit also, die ihre Entstehung Veränderungen in der Hypophysen-Zwischenhirnregion verdankt. In diesem Zusammenhang möchte ich die Frage aufwerfen: Sollte sich der bei Lues congenital häufig beobachtete Infantilismus, der doch zweifellos seine Entstehung endokrinen Störungen verdankt, nicht auf luetische Prozesse in der vorderen Hypophyse zurückführen lassen? Auch beim Infantilismus gehört Asthenie, Muskelschwäche mit zum klinischen Bild. Daß sich beim Adoleszenten eine Hypophysen-Insuffizienz anders doku-

mentiert wie beim Erwachsenen, ist sicher, also z. B. Wachstumshemmung statt Kachexie, Nichteintreten statt Sistieren der Menses, Ausbleiben der sekundären Geschlechtsmerkmale statt Ausfall der Schamhaare und Atrophie der äußeren Genitalien u. s. f. Bestärkt werde ich in meiner Annahme durch die Arbeit dreier Franzosen Merkler, Devaux und Desmolière in der Zeitschrift Paris med. 1921. Ich führe hier das Referat über diese Arbeit in der Med. Klinik 1921, S. 574, an:

„Die Franzosen lenken die Aufmerksamkeit auf gewisse Asthenien mit polyglandulären Störungen, die sich syphilitischer Natur erwiesen. Kopfschmerzen, Schwindel, Frösteln, ziehende und lokalisierte Schmerzen, Arthralgien, Blässe, Dysmenorrhoe, Schlaflosigkeit, leichte Oedeme, Aenderungen des Charakters und der Stimmung, dauernde Verminderung des Blutdruckes sind die Hauptsymptome. Es sind hauptsächlich Frauen und Kinder, die entweder von ihrer Lues nichts wissen oder Erbluetiker sind und deren unklares Bild keinen Anhalt für Lues gibt. Namentlich bei Kindern zeigt sich oft auf dieser Basis während der Pubertät Nachlassen, Faulheit, Gedächtnisverlust ....." Soweit das Referat, das noch rasche Besserung auf spezifische Behandlung angibt. Ich halte den angeführten Symptomenkomplex für ziemlich überzeugend dafür, daß es sich dabei wohl um primäre Störungen der Hypophyse handelt.

Es existieren aber auch deutsche Autoren, die mich in meiner Annahme unterstützen. Ein Referat im Zentralblatt für allgemeine Pathologie, Bd. 34, S. 466, besagt: „... die anatomischen Untersuchungen von Schmitt lehren, daß nicht selten pluriglanduläre Symptomenkomplexe bei kongenitaler Lues vorkommen. Er fand in 47% seiner Fälle Hypophysenveränderungen bei kongenitaler Lues!"

Einige Autoren gehen sicher etwas zu weit, wenn sie sogar die Entstehung der Hutsinchon'schen Zähne auf endokrine Störungen zurückführen. So lokalisieren Fleischmann und Kranz diese Störung in die Hypophyse und die Epithelkörperchen. (Münchn. Medizin. Wochenschr. 1925, S. 1192.)

Ich glaube an den Schluß dieses Teils folgendes Ergebnis setzen zu dürfen:

Es gibt Asthenien bei congenital-luetischen Kindern, die sich auf luetische Prozesse in der Vorderhypophyse zurückführen lassen und die klinisch den Anfangsstadien der Hypophysären Kachexie oder der Hypophysen-Insuffizienz gleichen. Hierher gehört wahrscheinlich auch der bei congenital luetischen beobachtete Infantilismus.

Teil IV.

Beziehungen zwischen Hypophysärer Kachexie und essentieller Hypotension.

Im letzten Teil meiner Arbeit möchte ich noch auf die Beziehungen zwischen der Hypophysären Kachexie und der essentiellen Hypotension eingehen, einer Krankheit, die auch unter die Asthenien zu zählen ist. Auch bei der essentiellen oder idiopathischen Hypotonie oder Hypotension ist das subjektiv wie objektiv am meisten imponierende Merkmal der Status asthenicus.

Sieht man sich das Symptomen-Syndrom der Hypotonie näher an, so ist man erstaunt über dessen Aehnlichkeit mit dem der Hypophysen-Insuffizienz. Ich bringe daher eine tabellenmäßige Gegenüberstellung der bekannten Symptomenkomplexe beider Krankheiten. Man wird beim Vergleichen der Tabelle von selbst auf den Gedanken gebracht, daß beide hier behandelten Krankheitsbilder identisch sein müßten. Diesen Gedanken will ich nun auch im Folgenden näher ausführen. Auch andere Autoren haben schon auf die nahen Beziehungen beider Krankheitsbilder aufmerksam gemacht.

So spricht Martini in der Münchn. Medizin. Wschr. 1926, S. 1426, über die essentielle Hypotonie und fährt dann fort: „... Es bestehen enge Beziehungen zu Störungen der inneren Sekretion, besonders deutlich ist der Hinweis auf die Nebennieren und eventuell auch auf die Hypophyse ..."

Schellong, der über dieses Gebiet gearbeitet hat, sprach auf dem Intern. Kongreß 1933 in Wiesbaden:

„Man darf das Problem des gesamten hypotonischen Symptomenkomplexes als ein Problem des Zwischenhirns und der Hypophyse überhaupt ansehen ..."

Gegenüberstellung der Symptome

a) der essentiellen Hypotonie:	b) der beginnenden Simmondsschen Krankheit, bzw. der Hypophysen-Insuffizienz:
1. Asthenie	1. Asthenie
2. Hypotonie	2. Hypotonie
3. Hautblässe, schlaffe Haut (v. Romberg, D. Med. Wochenschr. 1933, S. 642)	3. Blaßwerden der Haut, schlaffe Haut
4. Frostgefühl (Prof. Joachim, M. M. W. 1926, S. 648)	4. Frostgefühl
5. Durchfälle, spastische Obstipation (Domarus, Lehrb. S. 197)	5. Magen-Darmstörungen
6. Mangelhafte sexuelle Leistungsfähigkeit (Domarus, s. oben)	6. Erlöschen der Libido
7. Potenz- bzw. Menstruationsstörungen (Martini, M. M. W. 1936, S. 1426)	7. Potenz- bzw. Menstruationsstörungen
8. Herabgesetzter Grundumsatz (Prof. Joachim, s. oben)	8. Herabgesetzter Grundumsatz
9. Vorzeitig gealtertes Aussehen (Domarus, s. oben)	9. Kachexie
10. Abnorme geistige Ermüdbarkeit (Domarus, s. oben) Gedächtnisschwäche, Mangel an Konzentrationsfähigkeit (Martini, s. oben)	10. Geistige Schwerfälligkeit
	11. Eosinephilie (aber auch nicht immer vorhanden!)
	12. Später: Ausfallen der Schamhaare und Zähne. — Beides aber erst in einem etwas fortgeschritteneren Stadium
	Diese Symptome hat größtenteils Reye angegeben.

Beim Vergleich der beiden Tabellenseiten sieht man, daß beide Krankheiten die wesentlichen Symptome gemeinsam haben. Im ganzen gesehen kann man sagen, daß die Symptome der linken Seite im Vergleich zur rechten etwas abgeschwächt sind; dies entspricht denn auch dem ganzen Verhältnis der Hypotonie zur beginnenden Hypophysären Kachexie. Auch die Hypotonie soll ja keine beginnende Hypophysäre Kachexie sein. Nein, es soll nur gezeigt werden, daß beide Krankheiten eine gemeinsame Wurzel haben!

Wie schon oben festgestellt, ist auch bei der Hypotension das führende Symptom die Asthenie. So schreibt z. B. Professor G. Joachim, Königsberg, in der M. M. W. 1926, S. 645:

„So klagen fast alle Hypotoniker über ein beständiges Schwächegefühl ..."

Und Martini schreibt in der M. M. W. 1921, S. 1426:

„Das beherrschende Charakteristikum dieser Kranken ist eine große Ermüdbarkeit."

Auch das in Teil II als charakteristisch hingestellte „Sinken des psychischen Energieniveaus" haben wir bei der essentiellen Hypotonie. Domarus nennt es in seinem Lehrbuch „abnorme geistige Ermüdbarkeit", und Martini spricht in der M. M. W. 1926, S. 1426, von „Gedächtnisschwäche und Mangel an Konzentrationsfähigkeit".

Die essentielle Hypotonie ist gerade bei Kindern häufig. Gierschmüller hat 1931 in einem Aufsatz in der M. M. W., S. 1987, darauf hingewiesen, daß die essentielle Hypotonie gerade im Kindesalter recht häufig ist. Er schreibt dort: „Zuerst fallen die Kinder meistens dem Lehrer auf durch ihre mangelnde Konzentrationsfähigkeit, ihre Schlappheit und ihre leichte Ermüdbarkeit ..."

Man blättere einmal auf die ersten drei angeführten Fälle von Dr. Reye zurück und konstatiere selbst die frappierende Aehnlichkeit mit der beginnenden Hypophysären Kachexie. Denn G. schildert in dem eben von ihm zitierten Satz nichts anderes wie „Asthenie verbunden mit Senkung des psychischen Energieniveaus".

Neben der Aehnlichkeit fast aller Symptome haben aber die beiden zur Debatte stehenden Krankheiten sogar noch die in Teil II der Arbeit als differential-diagnostisch besonders wichtig bezeichnete Adipositas gemeinsam. Auch bei der essentiellen Hypotension gibt es wie bei der Hypophysen-Insuffizienz einzelne Fälle mit Adipositas. Die Mehrzahl der Hypotoniker hat allerdings, wie Domarus ausdrücklich schreibt, „mangelhaftes Fettpolster".

Für das zeitweilige Vorkommen adipöser Hypotoniker führe ich drei Autoren an:

1. Dr. Fr. Munk, Berlin: Der niedrige arterielle Blutdruck. Med. Klinik 1926, S. 1444:

„ ... Die objektiven Merkmale äußern sich häufig bereits am äußeren Habitus, der die Stigmata des Asthenikers aufweist; doch können diese auch durch eine gewisse Körperfülle äußerlich verdeckt sein."

2. Münchn. Med. Wochenschr. 1926, S. 648: Der hypotonische Symptomenkomplex. Prof. Joachim:

„Auffallend oft sogar handelt es sich um kräftig gebaute, gut genährte, manchmal sogar fettleibige Personen ..."

3. Deutsche Med. Wochenschr. 1933, S. 557: Ueber Grenzzustände körperlicher Krankheiten mit Bemerkungen über Asthenie. v. Romberg.

Dort schreibt v. Romberg: „ ... Charakteristisch ist (für Hypotonie! D. Verf.) der asthenische Habitus, niedriger Blutdruck, schlaffe Haut, große körperliche Ermüdbarkeit. Eine häufige Nahrungsaufnahme ist notwendig (? D. Verf.). Sie führt unter Umständen ohne Aenderung des sonstigen Typs zu deutlicher Fettleibigkeit." (Die Erklärung der Adipositas ist sicher zu einfach und wohl nicht zutreffend. D. Verf.)

Schellong, der ja über die Beziehung Hypotension — Hypophysäre Kachexie gearbeitet hat, hat noch folgendes Gemeinsame beider Krankheiten gefunden:

Er fand bei der Simmonds'schen Krankheit einen Abfall des Blutdruckes nach der Arbeit und im Stehen ein Sinken des diastolischen Druckes. Dieses „Schellong'sche" Phänomen fand er auch bei der arteriellen Hypotonie! (Intern. Kongreß 1933, S. 827.)

Dies ist eine weitere Stütze für meine These der Wesensgleichheit beider zur Debatte stehender Krankheiten.

Schellong berichtete auch auf dem Intern. Kongreß 1933 noch kurz über einen Fall mit hypotonem Symptomenkomplex, bei dem die Obduktion eine Cyste im Hypophysenvorderlappen ergab!

Nach diesen vielen angeführten Tatsachen glaube ich, mich mit Recht den Worten eines Schweden anschließen zu dürfen, der in Sv. Läkartidu 1931, II. (Name: Kylin Ekir) der Ansicht Ausdruck verleiht, daß manche Fälle von essentieller Hypotonie praehypophysäre Insuffizienzen sind! — Besonders aber möchte ich die adipösen Hypotoniker in das Gebiet der Hypophysen-Insuffizienz verweisen.

Zusammenfassung:

Ich stelle die Ergebnisse der einzelnen Teile meiner Arbeit nochmals kurz zusammen:

1. Am Schluß des ersten Teiles gab ich der Ansicht Ausdruck, daß die Asthenie bei der Hypophysären Kachexie wie auch beim Morbus Addision auf die durch die Hypotension bedingte Kreislauf-Insuffizienz zurückzuführen ist.

2. In Teil II wurde versucht, zu zeigen, daß viele der vorhandenen unklaren Asthenien, sehr wahrscheinlich aber die mit gleichzeitiger Senkung des psychischen Energieniveaus und Adipositas Hypophysen-Insuffizienzen sind. — Hypophysen-Insuffizienzen sind auch viele langdauernde Schwächezustände nach Entbindungen.

3. Das Ergebnis des III. Teiles lautete: Es gibt Asthenien bei congenital-luetischen Kindern, die sich auf luetische Prozesse in der Praehypophyse zurückführen lassen und die klinisch der Hypophysen-Insuffizienz gleichen. Dazu gehört wahrscheinlich auch der bei congenital Luetischen beobachtete Infantilismus.

4. Im IV. Teil der Arbeit wurde glaubhaft gemacht, daß manche Fälle von „essentieller" Hypotonie praehypophysäre Insuffizienzen sind. Sicherlich aber sind die adipösen Hypotonien Hypophysen-Insuffizienzen.

Verzeichnis der benützten Literatur:

Trendelenburg: Die Hormone I und II.
Matthes: Differentialdiagnose innerer Krankheiten.
Bergmann: Lehrbuch der Inneren Medizin.
Brugsch: Lehrbuch der Inneren Medizin.
Domarus: Lehrbuch der Inneren Medizin.
Berichte des Kongresses für Innere Medizin, Wiesbaden 1933.

Folgende Dissertationen:

1930 Schmitz, R.: Ueber Hypertonie und Hypotonie.
1935 Kameroff, D.: Ueber Hypophysäre Kachexie.
1923 Hirsch, E.: Das weiße Blutbild bei Asthenie.

Dazu kommen noch die von Fall zu Fall gemachten Literaturangaben im Text.

Lebenslauf.

Am 19. Oktober 1909 wurde ich zu Aue im Erzgebirge als Sohn des Buchhalters Max Ungethüm und seiner Ehefrau Frieda, geb. Hentschel geboren. Beide Eltern sind arischer Abstammung und evangelischer Konfession.

Nach vierjährigem Besuch der Grundschule bestand ich Ostern 1921 die Aufnahmeprüfung für die Sexta des humanistischen Gymnasiums in Zwickau. Dort legte ich auch am 7. März 1931 die Reifeprüfung ab. Vorher hatte ich noch von Ostern 1928 bis Ostern 1929 als Schlosserlehrling in der Zwickauer Maschinenfabrik gearbeitet.

Im S. S. 1931 schrieb ich mich erstmalig an der Universität Tübingen als Student der Medizin ein. Nachdem ich mich im S. S. 1932 an der Universität Halle immatrikuliert hatte, legte ich dort am 4. August 1933 die ärztliche Vorprüfung mit dem Urteil „Gut" ab.

Vom 1. Juni bis 10. August 1934 diente ich im Arbeitsdienst bei der Abteilung 272/9 in Allmannsweier in Baden.

Im S. S. 1935 ging ich dann an die Universität Erlangen und bestand am 18. Mai 1937 das medizinische Staatsexamen mit dem Gesamturteil „gut".

Mein praktisches Jahr begann ich am 20. Juli 1937 an dem allgemeinen Krankenhaus in Osterode/Ostpreußen, wo ich hauptsächlich auf der inneren Station Dienst tat. Vom 1. Dezember 1937 bis zur Erlangung meiner Approbation am 20. Juli 1938 war ich als Praktikant an der Brandenburgischen Landesanstalt Eberswalde tätig.

Eberswalde, im Juli 1938.

Wolfgang Ungethüm.